

**MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS****Solicitud de exención médica para la vacuna contra  
COVID-19 para estudiantes deportistas**

Oficina de Asuntos de Enseñanza, Aprendizaje y Escolares (Office of Teaching, Learning, and Schools)  
 ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MONTGOMERY  
 Rockville, Maryland 20850

**INSTRUCCIONES:** Para solicitar una exención médica para el mandato de vacunación contra COVID-19, un padre/guardián debe llenar este formulario. Si se solicita una exención médica, un médico/profesional de atención médica debe firmar el formulario. Si se solicita una exención religiosa, un padre/guardián debe firmar la declaración de objeción por motivos religiosos. El formulario completado se debe presentar durante el proceso de inscripción en línea o entregar al especialista en deportes o al coordinador de deportes de la escuela.

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Nombre de la escuela:

Número de estudiante:

Domicilio:

Nombre del padre/madre/guardián:

Teléfono de la casa:

Teléfono del trabajo:

Teléfono celular:

Nombre del padre/madre/guardián:

Teléfono de la casa:

Teléfono del trabajo:

Teléfono celular:

**Sigue al dorso**

**Por favor, pídale a un profesional de atención médica que llene esta sección para una contraindicación médica.**

Esta es una:  Condición permanente  Condición temporal hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

El niño nombrado anteriormente tiene una contraindicación médica válida para ser vacunado en este momento. Indique cuál(es) vacuna(s) y la razón por la contraindicación:

Nombre del profesional de atención médica

(letra de imprenta o use un teclado): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Firma del profesional de atención médica: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, o PA

**Por favor, llene esta sección para una objeción por motivos religiosos.**

Soy el padre/madre/guardián del niño identificado anteriormente. Debido a mis creencias y prácticas religiosas legítimas, objeto a la vacunación contra COVID-19 de mi hijo.

Firma del padre/madre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_